

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
FACULTÉ DE MÉDECINE N°116

ESSAI
SUR LA
PSYCHOLOGIE DU BLESSÉ DE GUERRE
DANS LES FORMATIONS DE L'AVANT

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 27 mars 1920

PAR

GÉRIN (Georges-Louis-Edmond)

Né à Sommières (Gard), le 10 janvier 1888

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examineurs
de la Thèse

{ DUCAMP, Professeur, *Président*.
BAUMEL, professeur.
SOUBEYRAN, agr. libre.
EUZIÈRE, agrégé. }

Assesseurs



MONTPELLIER
« L'ABEILLE », IMPRIMERIE COOPERATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse. — TÉLÉPHONE 8-78

1920

ESSAI
SUR LA
PSYCHOLOGIE DU BLESSÉ DE GUERRE
DANS LES FORMATIONS DE L'AVANT



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N°116

ESSAI

SUR LA

PSYCHOLOGIE DU BLESSÉ DE GUERRE DANS LES FORMATIONS DE L'AVANT

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 27 mars 1920

PAR

GÉRIN (Georges-Louis-Edmond)

Né à Sommières (Gard), le 10 janvier 1888

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examineurs
de la Thèse

DUCAMP, Professeur, *Président*.

BAUMEL, professeur.

SOUBEYRAN, agr. libre.

EUZIÈRE, agrégé.

Assesseurs

MONTPELLIER

« L'ABELLE », IMPRIMERIE COOPERATIVE OUVRIÈRE

14, Avenue de Toulouse. — TÉLÉPHONE 8-78.

1920



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (*).	DOYEN.
SARDA (*).	ASSESEUR.
IZARD	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique chirurgicale.....	MM. TEDENAT (O. *).
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (*).
Physique médicale.....	IMBERT (*).
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (O. *).
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (O. *).
Physiologie.....	BEDON (*).
Histologie.....	VIALLETON.
Clinique médicale.....	DUCAMP (*).
Anatomie.....	GILIS (*).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ESTOR.
Médecine légale et toxicologie.....	SARDA (*).
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL (*).
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS (H.).
Clinique obstétricale.....	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale.....	VIRES (*).
Anatomie pathologique.....	MASSABUAU (♂).
Chimie biologique et médicale.....	DERRIEN (♂).
Microbiologie.....	N...
Pathologie interne.....	N...
Clinique médicale.....	N...

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, MOURET, VEDEL.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (*).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique.....	MM. DE ROUVILLE, prof. adj.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURET, prof. adj.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées...	VEDEL, prof. adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires...	JEANBRAU (O. * ♂), a. l. c. c.
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN * ♂, a. l. ch. d. c.
Pathologie externe.....	RICHE, agrégé (ch. de c.).
Clinique annexe des maladies des vieillards.	EUZIERE, agrégé (ch. de c.).
Accouchements.....	P. DELMAS, agrégé (c. d. c.).
Matière médicale.....	CABANNES, agrégé (c. d. c.).
Microbiologie.....	LISBONNE, agr. (ch. de c.).
Stomatologie.....	WATON (* ♂) (D) (c. d. c.).

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. CABANNES.	MM. ETIENNE.
GRYNFELTT (*).	P. DELMAS.	LISBONNE.
LEENHARDT.	EUZIERE.	PECH (* ♂) ch. d'agr.
GAUSSEL (* ♂).	J. DELMAS (♂).	
RICHE.	RIMBAUD (*).	

Examineurs de la thèse :

MM. DUCAMP, prof., présid^t ; BAUMEL, prof. ; SOUBEYRAN, agr. libre ;
EUZIERE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE
LE PRÉSIDENT GÉRIN

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

Pieux hommage.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Gage de ma profonde tendresse.
Que cette thèse inaugurale les récompense de tous les sacrifices qu'ils ont faits pour moi. Ce sera un faible témoignage de mon amour et de ma reconnaissance pour leur sollicitude et leur dévouement.*

A MA SŒUR MADELEINE

Faible témoignage de la profonde admiration que m'inspire sa grandeur d'âme.

A MA SŒUR JANE

Je rends hommage à son grand cœur, à sa bonté et à son dévouement sans limites.

A MON FRÈRE

Comme souvenir de ma très vive affection.

A MA NIÈCE GINETTE

Toute mon affectueuse tendresse.

A TOUS MES PARENTS

G. GÉRIN.

A LA MÉMOIRE
DE MONSIEUR LE PROFESSEUR RAUZIER

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Qui fut notre premier maître.
Nous garderons toujours le souve-
nir de ses leçons, pleines de vie et
d'entrain et qui nous ont initié aux
difficultés de la pratique médicale.
Nous joignons nos regrets à ceux
de tous les étudiants qui ont perdu
en lui un maître particulièrement
aimé et estimé.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR DUCAMP

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Qui a bien voulu présider au der-
nier acte de notre scolarité. A notre
admiration pour son enseignement
si clair, si captivant, se joint encore
un sentiment de respectueuse et pro-
fonde estime pour le maître qui
nous a appris à aimer les malades
et la médecine.*

G. GÉRIN.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BAUMEL

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE INFANTILE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ EUZIÈRE

*Bien respectueux hommage de
reconnaissance.*

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SOUBEYRAN

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Qui nous a toujours manifesté
une affectueuse bienveillance. Nous
sommes très touché de la nouvelle
preuve d'estime qu'il nous donne
en acceptant de faire partie de
notre jury de thèse.*

A NOTRE CAMARADE
LE DOCTEUR JEAN BAUMEL

CHEF DE CLINIQUE MÉDICALE

*Il nous a donné l'idée de ce tra-
vail. Toute notre reconnaissance lui
est acquise et nous formons des
vœux pour son succès futur.*

G. GÉRIN.

A LA MÉMOIRE DE MES CAMARADES
MORTS AU CHAMP D'HONNEUR

G. GÉRIN.

ESSAI

SUR LA

PSYCHOLOGIE DU BLESSÉ DE GUERRE

DANS LES FORMATIONS DE L'AVANT

INTRODUCTION

En choisissant comme sujet de thèse l'étude de la psychologie du blessé de guerre dans les formations de l'avant, nous avons surtout essayé de faire œuvre originale et personnelle.

Pendant plusieurs mois, nous nous sommes efforcé de nous documenter, et on verra par la courte bibliographie qui termine notre travail que peu d'ouvrages ont paru sur la question qui nous intéresse. Il se peut que quelques-uns aient échappé à nos investigations ; nous ne croyons pas cependant qu'ils soient nombreux, car nous avons soigneusement recherché dans les bibliothèques et les catalogues tout ce qui avait quelque rapport avec le sujet que nous traitons.

Et encore les ouvrages les plus documentés ne sont-ils pas dus à la plume de médecins. Préoccupés, semble-t-il, avant tout de l'exercice de leur profession, ces derniers

ont surtout eu en vue les sujets d'ordre technique et professionnel. Il nous a semblé que les ouvrages de Duhamel constituaient à l'heure actuelle la meilleure étude psychologique du blessé de guerre. Esprit très observateur, il a tracé de remarquables esquisses des postes de secours et des salles d'ambulances, des conversations de blessés, et fait remarquablement ressortir le côté intéressant de la guerre : c'est dans les formations sanitaires, en effet, que s'observaient le mieux toutes les souffrances morales et physiques au prix desquelles fut acquise la victoire. Et les lecteurs du communiqué à l'arrière ne se sont jamais représentés ce que coûtait la phrase classique : « Grâce à un hardi coup de main, nous avons amélioré nos lignes et conquis quelques éléments de tranchées ». L'Académie Goncourt vient de décerner son prix à un écrivain qui, n'étant pas médecin, a été peut-être plus frappé par la souffrance humaine que nous-même. La forme spéciale de la guerre pendant quatre ans et demi, immobilisant les blessés dans des formations sanitaires bien aménagées, a permis de saisir sur le vif toutes leurs impressions. Une fois à l'intérieur le blessé n'a plus la même psychologie : il est pris par l'influence du milieu, il se sent à l'abri, mesure les conséquences de sa blessure.

Aussi nous a-t-il semblé qu'il pouvait y avoir quelque intérêt à relater nos impressions personnelles sur les différents blessés que nous avons vus et entendus ; des camarades bienveillants nous ont également donné de précieux renseignements, nous racontant des faits qui les avaient particulièrement frappés.

Nous avons cherché à faire un tout homogène d'éléments assez disparates. On peut en effet se représenter que le nombre des blessés a été trop considérable pour

que tous aient tenu les mêmes propos ou observé la même attitude.

Sur certains points, nous pourrions sembler téméraire, nous heurterons même peut-être le sentiment intime de nos lecteurs ; mais nous avons pensé que la vérité devait être notre seul guide et que, la guerre une fois terminée, il nous était permis de parler en toute franchise, quitte à détruire certaines légendes. Une notamment nous a semblé être exagérée : le désir du blessé de revenir immédiatement au combat. Qu'à l'arrière, par esprit frondeur et surtout en présence de gracieuses infirmières, certains blessés aient affiché un pareil désir, la chose est possible ; mais, dans les modestes postes de secours, dans les abris de fortune qui servaient de refuge pour les blessés, nous n'avons jamais vu éclore de pareils sentiments. Sortis de l'horrible fournaise, blessés graves ou blessés légers n'avaient qu'un seul but, qu'un seul désir, s'éloigner de la zone dangereuse et se mettre à l'abri des balles ou des obus. Et nous ne craignons pas d'être contredit ou blâmé, car pendant quatre ans et demi nos soldats ont assez donné de preuves d'héroïsme pour qu'un sentiment aussi naturel que celui de la conservation personnelle ne soit pas considéré comme un acte de poltronnerie.

Nous avons combattu la légende de la lâcheté des soldats méridionaux : la jalousie traditionnelle des populations du Nord pour les gens du Midi aurait pu trouver des excuses en temps de paix ; en temps de guerre elle ne saurait se comprendre. Nous pouvons affirmer que, parmi les nombreux blessés que nous avons pu soigner pendant tout le temps de la guerre, nous n'avons jamais observé que le Méridional soit plus découragé, moins enthousiaste ou moins énergique que le soldat des

autres régions : nous en donnerons des preuves au cours de notre travail.

Nous n'avons cru devoir rapporter que deux ou trois observations personnelles, et cela pour plusieurs raisons. Le temps nous a manqué aux armées pour noter, au fur et à mesure qu'ils se sont présentés, les cas particulièrement typiques de telle ou telle catégorie de blessés de guerre. En admettant que nous ayons pu matériellement le faire, notre travail alourdi par des observations aurait peut-être perdu de sa netteté. Ce qui nous a semblé intéressant c'est une vue d'ensemble, un coup d'œil général sur les différentes catégories de blessés. Nous verrons qu'ils rentraient tous dans l'un des cadres que nous avons tracés à notre travail.¹ En matière de psychologie, la relation d'un cas isolé n'a pas la même importance que dans le domaine pathologique. Il faut voir les grandes lignes et il n'y a pas de symptômes précis comme dans une description nosologique.

Nous soumettons ce modeste travail aux membres de notre jury et nous réclamons toute leur indulgence. Il y aura sans doute des lacunes dans notre étude, mais nous nous sommes efforcé de mettre de l'ordre dans une question assez complexe. Et ce fut pour nous un moment agréable que celui passé à rédiger ce travail, car nous avons revécu des souvenirs déjà lointains..... mais toujours présents.

LES FACTEURS DES RÉACTIONS PSYCHOLOGIQUES

On ne peut considérer dans leur ensemble tous les blessés de guerre : de même que chaque individu, suivant son tempérament, l'état de ses organes, ses maladies antérieures, etc..., réagit d'une manière différente et personnelle à l'attaque d'une infection locale ou générale, de même chaque blessé — la nature de la blessure étant supposée la même — se comportait différemment au point de vue psychologique suivant les facteurs multiples qui l'influençaient.

Il nous a semblé qu'on pouvait envisager comme facteur psychologique prépondérant :

- 1° La réaction individuelle ;
- 2° La profession ;
- 3° La variété de la blessure ;
- 4° Le moment de la guerre ;
- 5° La région d'origine.

Nous consacrerons enfin un chapitre spécial à une catégorie particulière, celle des simulateurs.

Mais avant d'aborder l'étude de ces différents facteurs il nous faut rapidement esquisser les étapes par lesquelles passait tout blessé. Les multiples pérégrinations auxquelles il était soumis n'étaient pas, à notre avis, sans

avoir quelque influence sur une catégorie assez nombreuse que nous étudierons tout à l'heure, celle des déprimés. Il faudrait y joindre celle des shockés pour lesquels les transports multiples n'étaient pas sans inconvénients, mais nous allons voir bientôt pour quelles raisons nous éliminons ces derniers de notre travail.

Atteint dans la tranchée ou sur le champ de bataille, le blessé était d'emblée impotent ou non. Impotent, il lui fallait attendre, exposé à une nouvelle blessure, le secours de brancardiers qui souvent ne pouvaient venir le relever que la nuit : cette période représentait pour lui un moment particulièrement pénible, surtout lorsque l'attente se prolongeait pendant des heures. Le blessé capable de marcher ou de se traîner rejoignait directement et plus rapidement que son compagnon d'infortune la première formation médicale qui se présentait sur sa route : le poste de secours de bataillon. C'est là qu'il recevait les premiers soins, un pansement sommaire, une gouttière s'il était fracturé, un garrot s'il présentait une hémorragie grave d'un membre. Cette formation n'était presque jamais abritée contre les obus ou les gaz : les installations de fortune étaient fréquentes et le blessé, ne s'y sentant pas en sécurité, n'avait qu'un souci : se retirer ou être emporté vers l'arrière. Combien, hélas ! n'ont connu que cette première étape, venant succomber là au bout de quelques minutes ou de quelques heures. Les jours d'offensive les blessés ne pouvaient d'ailleurs pas tous s'arrêter au poste de secours, trop exigü, et ceux d'entre eux qui pouvaient marcher se rendaient plus en arrière au poste de secours régimentaire. Dans certains secteurs on avait même établi des postes de secours centraux où se réunissaient des blessés de plusieurs régiments ; mais toutes ces formations sanitaires avan-

cées n'offraient aux blessés qu'une sécurité relative. Aussi ces soldats, un instant encore auparavant si pleins d'insouciance devant la mort qui plânait sans cesse sur eux, ne réclamaient plus une fois blessés qu'une seule chose : l'éloignement de la zone dangereuse. La blessure était comme la mort, une chance à courir ; mais, dans la sinistre loterie, être blessé donnait le droit de s'éloigner vers l'arrière ; sentant qu'il venait d'échapper à la mort, le privilégié dont le proche voisin de combat était souvent tombé mortellement frappé, n'avait qu'une idée, se mettre à l'abri.

Qu'il passât par le groupe des brancardiers divisionnaires, par le poste chirurgical avancé, par l'ambulance divisionnaire, le blessé était ensuite dirigé sur l'hôpital d'évacuation et de là, s'il était transportable, vers l'intérieur. Nous ne pouvons donc le suivre au delà de cette limite extrême que constituait le classique H. O. E., car, à partir de ce moment, les formations sanitaires étaient trop en arrière.

C'est dans les postes de secours, dans les postes chirurgicaux avancés, dans les ambulances de première ligne que le blessé pouvait être le mieux observé. Evacuable, il passait d'une formation à l'autre après de multiples interrogatoires et de non moins nombreux voyages, il arrivait enfin à sa formation de traitement. Inévacuable, il était arrêté suivant la gravité de son état, soit au poste de secours lui-même, soit à l'ambulance divisionnaire, soit au poste chirurgical avancé. Quelquefois, dans les périodes d'offensive surtout, le mourant arrivait jusqu'à l'hôpital d'évacuation.

Ce qui distinguait toute la série des formations sanitaires de première ligne des formations de l'intérieur, c'est que le blessé y était observé peu de temps après son

traumatisme, et il était possible de connaître quelles réflexions lui suggérait l'état de sa blessure, quel était son état d'esprit à ce moment qui venait souvent de marquer pour lui la fin de son existence d'homme valide. Un autre caractère des formations de première ligne, c'est qu'on y vivait côte à côte avec la mort. D'un côté des blessés, de l'autre des mourants et par-dessus tout l'éternelle menace d'un bombardement. De cet étroit contact avec la mort se dégageait forcément une psychologie particulière. Une fois à l'arrière, le soldat avait bien vite oublié les heures terribles passées à l'avant, car chacun cherche à effacer de sa mémoire les souvenirs pénibles.

Retrempé dans la vie calme des hôpitaux confortables, ayant en perspective une convalescence ou une permission, le blessé se plaisait à croire que pour lui la guerre était finie... heureuse illusion !

LES PRINCIPAUX ETATS PSYCHOLOGIQUES DU BLESSÉ DE GUERRE

Il est tout d'abord une catégorie de blessés que nous éliminerons : c'est celle des shockés, des blessés du crâne ou de l'abdomen arrivant sans connaissance, des hémorragiques saignés à blanc. Ces blessés ayant perdu toute faculté intellectuelle, nous devons par conséquent les éliminer à priori. Certes, dans les postes de secours, dans les postes chirurgicaux avancés, dans les ambulances divisionnaires, les blessés ayant perdu toute connaissance constituaient un très gros pourcentage. On les voyait en longue rangée sur des brancards attendant la mort qui souvent tardait à venir : aucune parole compréhensible ne s'échappait de leurs lèvres et il semble bien qu'ils ne se rendaient pas compte de leur état.

Parmi les autres, ceux dont la conscience était encore complète, il semble que nous pouvons distinguer trois grandes catégories :

- a) Les excités ;
- b) Les déprimés ;
- c) Les indifférents.

1° **Les excités.** — Nous ne rangeons pas dans cette

catégorie tous les délirants par intoxication d'origine microbienne suivant les récentes données de Mérieux, car la gravité du traumatisme jouait un rôle d'inhibition chez ces blessés. C'est surtout chez les soldats peu gravement atteints que se constatait avec le plus de netteté les symptômes d'excitation dont nous allons nous occuper.

Sur les brancards des agonisants planait en général un silence de mauvais augure, sombre présage d'une mort imminente : la dyspnée des blessés du thorax, les gémissements assourdis de ceux qui souffraient encore, troublaient seuls en général les tristes alignements de brancards des intransportables les jours d'offensive.

Le blessé légèrement atteint, au contraire, traversait dans les premières heures qui suivaient sa blessure une période d'agitation : avec des gestes et des paroles bruyantes, il décrivait les circonstances de l'événement ; mille détails qui ne l'auraient jamais frappé en temps normal revenaient à sa mémoire, et il fallait souvent l'entendre narrer un long récit dans lequel l'exagération jouait un rôle prédominant : « Un obus était tombé à un mètre de lui, tous ses camarades avaient été tués, il ne savait comment il se tirait sans grand dommage de l'aventure car les Allemands avaient des engins effrayants d'invention nouvelle. » Cette description par trop abondante et exagérée ne se retrouvait pas toutefois chez tous les sujets. D'autres excités, au lieu de s'attacher particulièrement aux conditions dans lesquelles ils avaient été atteints, entretenaient de toute autre chose leurs camarades ou le médecin qui les soignait.

Une forme fréquemment rencontrée de l'excitation se traduisait par des injures. Leur destination était variable : tantôt le blessé s'injurait lui-même, maudissant sa

maladresse, se reprochant d'avoir commis une imprudence, etc... Tantôt il s'attaquait à ses chefs qui avaient donné à son avis un ordre inexécutable : depuis le caporal ou le sergent commandant une poignée d'hommes, jusqu'au commandant en chef, toute la hiérarchie militaire était sujette à reproches. Celui qui était le plus souvent adressé par les soldats et par les officiers subalternes à l'égard de leurs supérieurs était toujours le même : leur méconnaissance des conditions exactes de la guerre parce qu'ils ne se rendaient pas compte par eux-mêmes. Dès chefs, les critiques s'étendaient jusqu'à la tactique générale de la guerre : pourquoi faisait-on tel coup de main, pourquoi n'employait-on pas tel procédé ? Nous n'avons certes pas l'intention, dans un travail d'observation purement médicale, de prendre partie pour les uns ou pour les autres. Mais on comprend facilement que la longueur formidable de cette guerre ait soumis les esprits à un état d'énervement considérable. Chacun aurait voulu voir la fin de l'affreux cauchemar, et comme les mois succédaient aux mois et les années aux années sans qu'aucun événement favorable se soit produit, le soldat avait une tendance naturelle à considérer ses chefs comme les agents directs de la prolongation inutile de la guerre. Que de fois n'avons-nous pas entendu dire à la suite d'un séjour en secteur calme, mais où lentement fondaient compagnie et régiment : « Pourquoi ne pas faire une offensive, au moins ce serait fini. »

Les soldats des autres armes n'étaient pas eux non plus à l'abri des critiques des blessés. Les artilleurs notamment ont subi des reproches aussi violents qu'injustes. Tantôt ils tiraient trop court, tantôt on les accusait de ne pas avoir suffisamment détruit les organisa-

tions d'offensive de l'ennemi, ou bien encore le tir de barrage n'avait pas été déclanché au bon moment. Ces constatations n'ont au fond rien d'anormal, car dans la vie courante l'homme a toujours tendance à accuser autrui aux heures de malheur et d'ennui. Mais dans les postes de secours ou dans les ambulances ces constatations étaient particulièrement frappantes.

Blessé, tout militaire savait qu'il échappait pour quelque temps au contrôle de ses chefs et aux rigueurs de la discipline. Sans être redevenu complètement civil, il retrouvait une certaine liberté de parole. Et alors toutes les critiques, toutes les rancunes s'échappaient avec une intensité d'autant plus forte qu'elles avaient été plus longtemps contenues. Le soldat savait bien que le médecin, dépositaire fidèle et silencieux de tant de secrets, ne le trahirait pas. Parfois même on se rendait compte que le blessé éprouvait une vive satisfaction à avouer à un officier des pensées qu'il n'avait pu exprimer jusque-là qu'en présence de ses camarades. Il faut aussi faire la part de l'influence exercée sur le blessé léger — nous avons vu qu'il constituait l'élément prédominant de la catégorie des excités — par cette impression subite d'être enfin à l'abri et d'échapper momentanément à la mort. Ne faut-il pas aussi attribuer un certain rôle à l'alcool dans l'exubérance avec laquelle la plupart des excités manifestaient leurs sentiments ; aussi croyons-nous que la plupart des excités étaient des alcooliques volontaires ou involontaires.

Sans doute, le tempérament de chaque blessé, sa région d'origine, sa profession jouaient un rôle dans les phénomènes d'excitation. Mais la catégorie des excités était particulièrement nombreuse et semblait se recruter parmi des sujets prédisposés. Les chirurgiens avec les-

quels nous avons pu nous entretenir nous ont souvent dit qu'ils avaient été frappés par la période d'excitation particulièrement violente de la plupart de leurs blessés lors de la narcose chloroformique ou éthérée. Nous croyons donc au rôle énorme joué par l'alcoolisme latent mais réel de la plupart des soldats.

A première vue, l'excité, préoccupé uniquement par son récit, ne se souvenait plus de sa blessure. Venait-on cependant à le panser, le moindre frôlement était douloureux et il cherchait souvent à exagérer la gravité des lésions dont il était atteint. En général, la période d'excitation durait peu : l'éloignement de la zone de feu, les heures écoulées depuis la blessure, l'action de l'alcool qui se faisait moins sentir, autant de facteurs qui intervenaient pour ramener le blessé à un état plus normal. C'est au poste de secours que s'observait surtout la catégorie que nous venons d'étudier : elle fondait peu à peu au fur et à mesure que le blessé s'approchait de l'H. O. E. et disparaissait complètement. L'excité, à la suite de la disparition des différents facteurs de son excitation, redevenait un homme normal. Et puis, sans doute, se disait-il que de trop violentes critiques à l'égard de ses chefs pourraient peut-être avoir pour conséquence la suppression de la joyeuse permission accordée à la sortie de l'hôpital.

2° Les déprimés. — Comme nous l'avons fait pour les excités, nous éliminerons bien entendu de cette catégorie tous les déprimés dont la dépression était déterminée par la gravité de leur blessure. Nous envisagerons surtout les blessés moyens ou légers.

Couché sur un brancard ou s'il était simplement assis soutenant son membre blessé avec son membre

sain, le déprimé, l'air anxieux, respirait à peine : la face contractée, constamment en garde contre toute tentative d'offensive de la part du médecin, le déprimé ne parlait pas ou peu ; aussi la description de ce type de blessé ne se prête-t-elle pas à un aussi long développement que celui de l'excité. Les fatigues de la guerre trouvaient un terrain favorable chez bien des soldats, et on peut rester étonné que la catégorie des déprimés n'ait pas été plus considérable parmi les blessés. Aux questions qu'on lui posait, le déprimé ne répondait souvent que par groupe de mots, mais il était facile de comprendre que son état d'esprit et son silence étaient plus éloquents que les phrases bruyantes et rapides de l'excité. Une fois la zone des armées quittée, ce dernier redevenait le plus souvent normal : on se rendait compte, au contraire, que la dépression était un phénomène psychologique beaucoup plus profond, et dont la disparition n'était pas à escompter avec la rentrée du blessé à l'intérieur. Elle était la traduction d'un état d'esprit continu et réfléchi : au contraire, l'excitation était passagère et explosive.

Tandis que l'excité s'intéressait à tout ce qui se passait autour de lui dans le poste de secours, interrogeant les infirmiers pour savoir si sa blessure était grave, cherchant à deviner, à comprendre ce que pouvait penser le major qui le soignait, se renseignant auprès des brancardiers sur le sort des camarades blessés avec lui, le déprimé, au contraire, semblait se désintéresser de tout.

Et il nous a semblé que parmi les blessés, tandis que le fantassin était surtout loquace, exubérant, excité, l'artilleur au contraire était le plus souvent déprimé. Le fantassin, en effet, qui avait été blessé au cours d'une

attaque en montant à l'assaut d'une position, arrivait au poste de secours sortant directement de l'horrible fournaise. Il était encore sous l'impression de tout ce qu'il venait de voir, des minutes tragiques qu'il venait de vivre et il voulait en faire part aux brancardiers, à l'infirmier, au major qui le pansait. L'artilleur au contraire, blessé auprès de sa pièce, n'avait pas vécu les mêmes moments et les mêmes émotions que le fantassin. Tandis que ce dernier avait vu l'ennemi, qu'il avait pu se défendre, qu'il avait eu la satisfaction de remplir une mission qui lui était confiée, l'artilleur au contraire ignorait souvent les différentes phases de l'attaque. Malgré les obus qui arrivaient par raffales sur la position de la batterie, malgré le marmitage violent, il continuait son tir stoïque sans pouvoir se défendre, sans avoir la satisfaction de pouvoir se venger ; aussi l'artilleur blessé arrivant au poste de secours moins exubérant que le fantassin se tenait-il à l'écart et modeste attendait son tour de pansement.

1° **Les indifférents.** — Cette catégorie était la plus nombreuse : entraîné dans le tourbillon des événements, l'homme avait la notion très nette qu'il n'était pas plus dans la masse des combattants qu'un grain de sable au bord de la mer. Pourquoi alors essayer de réagir puisqu'on était à la merci des événements ? Un camarade venait d'être tué à vos côtés, pourquoi la balle ou l'éclat d'obus l'avait-ils choisi plutôt que vous-même ? Y avait-il dans ce perpétuel massacre qui durait depuis des années un autre maître des circonstances que le hasard ?

Et pouvait-on quelque chose sur la gravité de la blessure ? A quoi servait-il donc de venir greffer de nouveaux soucis sur les fatigues et les émotions de la guerre ?

Momentanément éloigné de la zone de combat, qu'importait l'avenir au blessé ? Il ne pouvait de toute manière être plus terrible que le passé qu'il venait de vivre.

Et cette indifférence se manifestait dans tous les actes du blessé : tandis que l'excité cherchait à se rendre compte de l'état de sa blessure, interrogeant les infirmiers, épiait tous les moindres gestes du major qui le pansait, exagérant volontairement sa douleur ; tandis que le déprimé, au contraire, modeste, n'osant même pas regarder sa plaie, évitant de questionner l'entourage sur la nature de sa blessure, se tenant à l'écart et se croyant plus frappé qu'il ne l'était en réalité ; l'indifférent, au contraire, attendait résigné son tour de pansement. A l'infirmier qui le priait de vouloir bien s'allonger pour se laisser endormir en vue d'une intervention chirurgicale, il n'opposait aucune résistance et il ne faisait aucune réflexion. Il ne demandait pas quel était le major qui allait l'opérer, quel genre d'opération il allait subir, quel mode d'anesthésie on devait employer, tout le laissait indifférent. Lorsque les obus tombaient tout près du poste de secours ou de la formation, tandis que les autres blessés essayaient de s'enfuir, de s'abriter, ou manifestaient leurs craintes par des cris, des injures à l'adresse du personnel médical, le blessé indifférent au contraire, résigné à son triste sort, restait impassible.

Lorsqu'on a vu, les jours d'offensive, les interminables séries de brancards qui s'alignaient à perte de vue sous les barraques du service de santé, on n'a pu s'empêcher de se dire que chaque homme n'était là qu'un numéro. Et peut-être l'indifférence était-elle pour le blessé la suprême manifestation de la sagesse ?

On s'est beaucoup étonné du fatalisme musulman :

n'était-ce pas cependant une sorte de fatalisme poussé à l'excès que cette indifférence pour ainsi dire absolue. Aucune parole, aucune demande pour savoir si sa famille serait avertie : cependant, dans les formations de l'arrière, le blessé faisait en général valoir ses droits. Pourquoi n'en était-il pas de même dans les postes de secours et les ambulances ?

Nous croyons que la fatigue jouait un grand rôle dans cette manière d'être. Depuis des mois, depuis des années, le soldat peinait, car il est peu de travailleurs qui fournissent en temps normal la somme de labour demandée aux combattants. Sans doute, en secteur calme les occupations n'étaient pas considérables, mais la nuit il fallait poser les réseaux de fil de fer barbelé sans être entendu de l'ennemi, fatigue physique et fatigue morale dans la cruauté d'être découvert. Il fallait creuser des tranchées, soutenir des abris, et lorsqu'on était au repos travailler plus encore qu'en secteur. A ces fatigues venait encore s'ajouter le peu de confortable dont jouissait le soldat. On s'est souvent extasié à l'arrière sur la bonne mine des combattants et on avait ironiquement l'air d'envier leur sort. Se représentait-on exactement alors la boue des tranchées, l'abri où ils reposaient ? Toutes ces conditions d'ordre matériel ajoutées à des souffrances d'ordre moral faisaient du soldat, malgré des apparences souvent contraires, un être las que la moindre épreuve jetterait à bas : survenait-il une blessure, l'occasion était réalisée. Pour un homme non averti, l'apathie avec laquelle un fracturé de cuisse attendait son tour d'opération aurait pu paraître extraordinaire : nous verrons tout à l'heure que la facilité avec laquelle le même homme acceptait sans discuter l'amputation de son membre inférieur était encore bien plus extraordinaire.

Nous venons de montrer le rôle énorme joué par les fatigues physiques dans la genèse de phénomènes psychologiques difficiles à interpréter ; nous avons dit qu'à notre avis les souffrances morales jouaient aussi un rôle important ; nous allons maintenant envisager l'influence des professions sur la psychologie du blessé de guerre.

PSYCHOLOGIE DU BLESSÉ SUIVANT LES PROFESSIONS

On ne saurait comparer les souffrances morales éprouvées par exemple par un soldat sénégalais blessé, à celles d'un médecin. Nous prenons, il est vrai, comme terme de comparaison les deux extrêmes : d'un côté l'homme sans instruction, ignorant la gravité de son mal, et de l'autre l'homme cultivé, instruit, connaissant la gravité réelle ou possible de sa blessure. On peut dire, en effet, que l'ignorance était un grand bonheur, pour le soldat blessé gravement : heureusement cette ignorance était-elle plus fréquente que la connaissance exacte des conséquences possibles d'une blessure. On voyait s'en aller, sans qu'ils puissent le comprendre, les blessés de l'abdomen, et les vomissements fécaloïdes ne les avaient même pas avertis de l'imminence d'une issue fatale. Le cœur se serrait à la vue des salles de « morituri » accumulées dans les recoins les plus obscurs des ambulances. Il n'y avait là que ceux pour lesquels tout secours chirurgical avait été jugé inutile et ils ne devaient sortir de cette salle que pour pénétrer dans la Chapelle funéraire.

Nous devons dire que le plus souvent ces blessés ne se rendaient pas compte de la gravité de leur état. Croyaient-ils qu'on les opérerait ? Ou bien qu'ils étaient mis à part pour être évacués plus rapidement ? Ou bien ne pensaient-ils à rien, épuisés par la fatigue et par le surmenage ? Les aumôniers dévoués venaient leur apporter leurs suprêmes consolations, toujours avec un tact louable qui ne laissait rien entrevoir aux blessés mourants.

Tout autre était le blessé léger, et parmi les ouvriers non intellectuels la psychologie était toute différente suivant le milieu dans lequel le soldat avait vécu et surtout suivant sa profession.

L'employé de bureau ou le commerçant moins endurci et moins habitué à la peine et à la fatigue physique que l'homme des champs se montrait très délicat et très douillet. A l'infirmier qui le pansait, il recommandait avec insistance « de bien faire attention » et « d'aller doucement ». Si le major jugeait une intervention nécessaire pour débrider une plaie, à la vue du bistouri, le blessé poussait des cris déchirants, disant que « c'était atroce » et suppliant d'abréger sa douleur.

L'ouvrier de la ville, celui qui avait travaillé dans les usines, était, en général, bavard, exubérant. Il questionnait le major sur la gravité de sa blessure, sur la longueur de sa guérison, s'intéressant aux pansements qui lui étaient faits et ne manquant pas de demander à l'infirmier « un petit coup de gnole pour remonter le moral ».

Le paysan, le cultivateur, celui que l'ouvrier de la ville appelait « le cul terreux », celui-là fut parmi tous les blessés le plus digne et le plus courageux. Certes, notre profession ne nous permet pas de faire un choix parmi

nos malades ou d'avoir des préférences parmi nos blessés, et nous avons prodigué nos soins sans distinction à tous les glorieux soldats qui sont venus s'abriter et se réfugier dans le poste de secours ; mais il nous est permis d'observer, d'apprécier les hommes, et c'est pourquoi parmi tous les blessés nous avons jugé le paysan comme le type du parfait soldat aussi courageux devant la souffrance qu'il l'avait été devant l'ennemi. Très dur à la douleur, supportant son mal sans se plaindre, ce blessé acceptait les décisions du major sans réflexion ni murmure. Fallait-il donner un coup de bistouri, très souvent il n'était point besoin d'anesthésie et, pendant les quelques instants que durait l'opération, pas de cris, pas d'injures, seule la physionomie de ce blessé laissait trahir la souffrance : la face se crispait et de larges gouttes de sueur coulaient le long de ses joues. Ce modeste soldat fit toujours notre admiration ; et les camarades avec qui nous avons pu causer au sujet de la psychologie du blessé ont reconnu comme nous que, parmi les non intellectuels, parmi la classe d'ouvriers, le paysan fut le type du parfait soldat.

Parmiceux que nous appellerons les intellectuels, parmi les chefs, beaucoup ne s'illusionnaient pas sur la gravité de leur blessure. Les blessés de l'abdomen étaient les plus navrants, et il nous souvient qu'en Champagne, après une attaque, un officier blessé et soigné dans le poste de secours, nous disait : « Je sais que je suis perdu. » En vain nous sommes-nous efforcé de le rassurer : devant le pronostic du médecin, celui du blessé était, hélas ! d'une exactitude rigoureuse.

L'officier blessé légèrement, au contraire, réagissait contre la douleur et supportait courageusement son mal. Causant aimablement avec le docteur qui le soignait, il

racontait les différentes phases du combat et les circonstances dans lesquelles il avait reçu sa blessure. Si d'autres blessés de son régiment arrivaient au poste de secours, il ne manquait pas de les questionner « où en était l'attaque ». Si la blessure était assez grave pour nécessiter une évacuation, l'officier avant de nous quitter ne manquait jamais, si le temps et les circonstances le lui permettaient, de faire appeler auprès de lui un officier de son bataillon ou de sa compagnie pour lui passer les différentes consignes et le commandement de son unité.

Parmi les autres officiers, parmi ceux que nous appelons les intellectuels, le docteur blessé à son poste de secours ou sur le champ de bataille nous apparaît comme la figure la plus sympathique. Et cependant, ce n'est pas sans beaucoup de peine que nous nous sommes rendu compte, au cours de cette guerre, que certains chefs n'avaient pas pour le docteur toute la considération et toute l'estime qu'ils auraient dû avoir. Nos camarades ont fait également cette triste remarque. Il était de bon ton dans certaines unités de railler « le toubib », et c'est surtout le médecin auxiliaire, « l'assimilé adjudant », qui fut surtout en butte à la jalousie de certains chefs. Nous dirons cependant que ce ne furent là que des exceptions et que le plus souvent, particulièrement dans l'artillerie, les rapports entre médecins et officiers furent des plus cordiaux, car l'officier intelligent savait apprécier le rôle du docteur. Au cours de cette guerre, le corps médical a été particulièrement frappé et la liste est longue des majors ou médecins auxiliaires morts au champ d'honneur. D'autres, et ils sont nombreux, plus fortunés que leurs camarades, ne furent que blessés ; mais, s'ils furent épargnés :

par la mort, ils connurent d'autres peines et d'autres souffrances.

Se représente-t-on un médecin blessé dans son poste de secours ? Quelle angoisse ne devait-il pas éprouver ? D'abord, connaissant la gravité de sa blessure il n'avait plus l'espoir que peut laisser l'ignorance, et la perspective d'une mort inévitable est une chose plus terrible que la mort elle-même. Il pouvait malgré tout y avoir encore un doute dans l'esprit d'un blessé intellectuel averti des choses de la médecine mais ne connaissant pas à fond cette science : pour le médecin, hélas ! la certitude n'était que trop absolue. Si on envisage la situation d'un médecin atteint d'une plaie à l'abdomen, pouvant être pénétrante, ou au contraire n'avoir intéressé aucun organe suivant la direction du projectile, quelle torture morale jusqu'au moment où ce projectile était repéré ! A cette souffrance s'ajoutait la douleur de ne pouvoir accomplir son devoir, de ne pouvoir soigner les autres blessés, de ne pouvoir secourir des malheureux. Dans le poste de secours avancé, le médecin auxiliaire se trouvait seul docteur avec deux infirmiers et quatre ou six brancardiers ; le restant du personnel médical se trouvait auprès du médecin-major de bataillon ou du médecin-chef du régiment. Aussi, le médecin venait-il à être blessé grièvement, personne ne pouvait le remplacer et il fallait un certain temps avant qu'un autre confrère ne puisse arriver. Si dans cet intervalle on conduisait au poste de secours un blessé réclamant des soins délicats et immédiats, par exemple une intervention, le major blessé et impotent assistait à la mort du malheureux sans pouvoir le soulager, sans pouvoir intervenir. Et que dire du médecin dont la blessure très grave aurait nécessité les soins pressants d'un autre

confrère ? Par exemple, un médecin présentant une blessure ayant occasionné une section de l'artère humérale voyait son sang s'écouler et sentait la mort s'approcher sans que personne ne puisse le secourir. Les brancardiers, ou les infirmiers connaissaient peut-être par cœur la théorie du service « de l'infirmier en campagne », mais il y avait souvent bien loin de la théorie à la pratique. Et un infirmier qui dans une salle d'hôpital aurait su appliquer un garrot sur un de ses camarades simulant un blessé, ce même infirmier dans un poste de secours bombardé, envahi par les blessés réclamant les soins, oubliait facilement la théorie qu'il avait apprise. La souffrance du major était donc supérieure à celle des autres blessés puisqu'il n'avait pas toujours la consolation et la satisfaction de recevoir les soins qu'aurait nécessité sa blessure.

Nous nous sommes demandé souvent quelles devaient être les pensées intimes des prisonniers perdus dans la masse énorme des blessés. En les voyant les yeux hagards, transportés sans une explication sur leur brancard, on ne pouvait ne pas songer aux nôtres. Au moins le blessé ramassé par les siens avait-il la possibilité de se faire comprendre, l'espoir de revoir sa famille, une fois ramené vers l'intérieur. Pour le prisonnier, au contraire, l'avenir était l'inconnu comme le présent, et un de nos amis médecin dans une formation sanitaire nous racontait que, tandis que confiant, le blessé français ne demandait aucune explication au moment d'une intervention chirurgicale, l'allemand, au contraire, craignait toujours des mutilations inutiles. On les avait faits à l'idée de la cruauté des médecins français ; mais une fois que le prisonnier blessé avait été soigné par nos infirmiers ou par le major lui-même suivant la gravité de sa

blessure, il se rendait compte que le Français n'était pas aussi cruel que ne l'avait représenté les légendes allemandes, et il marquait sa joie, sa satisfaction d'avoir trouvé un homme là où il croyait trouver une brute.

PSYCHOLOGIE DU BLESSÉ SUIVANT LA NATURE DE LA BLESSURE

Nous envisagerons surtout, nous l'avons déjà dit, la psychologie des blessés pendant la longue période de stagnation qui caractérise la majeure partie de la guerre : il en était autrement au début et à la fin, nous le verrons plus loin.

En général, la bénignité de la blessure n'était pas considérée comme un avantage. Tout d'abord, les blessés légers traités dans la zone des armées n'avaient aucune convalescence et sitôt guéris, c'est-à-dire au bout de 15 jours à 3 semaines, devaient rejoindre leur régiment après une courte permission. On comprend donc que la perspective d'un retour rapide dans la fournaise d'où il venait de sortir, ne devait pas enchanter le blessé : il avait échappé une fois à la mort ; cette dernière l'épargnerait-elle dans d'autres circonstances ? Souvent, au médecin qui l'examinait, le blessé posait cette question : « Est-ce que ce sera long ? » phrase à double sens mais dont l'interprétation ne laissait aucun doute dans l'esprit du médecin averti. D'autres, plus francs, demandaient : « Serai-je évacué vers l'intérieur ? » Tellement la seule

préoccupation de tous ces hommes échappés à la mort était de ne pas être exposés à de nouveaux dangers ! Peu à peu, à l'arrière, cette crainte du retour à l'avant venait à s'atténuer, car le temps qui s'écoule jette un voile sur nos souvenirs les plus sombres.

Cette appréhension d'un danger à courir était telle qu'au moindre bombardement aucun blessé ne voulait rester ni au poste de secours, ni à l'ambulance. Nous ne parlons pas seulement des blessés légers qui souvent, malgré toute l'autorité dont les médecins pouvaient faire preuve, s'enfuyaient vers un secteur plus calme, mais les fracturés eux-mêmes trouvaient la force de se déplacer. Nos confrères nous ont d'ailleurs raconté que dans les formations de l'arrière les bombardements par avions étaient particulièrement redoutés des hospitalisés.

Deux sentiments semblaient se confondre pour donner plus de force à la crainte du danger. Le premier, c'est que tout blessé craignait une nouvelle atteinte. Le second, c'est que toute blessure était considérée comme un droit absolu de ne plus rien craindre de l'ennemi avant la guérison. Aussi, des combattants qui stoïques quelque temps auparavant supportaient le marmitage le plus serré et qu'un simple mot de leur chef aurait fait sortir de leur tranchée pour s'élancer à l'assaut, ces mêmes hommes se laissaient effrayer par quelques bombes d'avions tombant dans le voisinage de l'hôpital. Quelle différence cependant entre le danger couru par le poilu dans sa tranchée et celui du blessé dans un hôpital !

Personnellement nous croyons que la longueur désespérante de la guerre, et, plus que cette longueur, la stagnation du front furent des facteurs déprimants par excel-

lence. Sans cela la grandeur d'âme du soldat français serait restée intacte; d'ailleurs, ces sentiments naturels chez tout homme n'ont rien enlevé de l'esprit d'abnégation et de sacrifice qui ont caractérisé nos héros aux moments les plus critiques. Ce n'est pas en effet lors des heures les plus tragiques des affaires de Verdun, par exemple, que les blessés éprouvaient avec le plus d'intensité ce besoin de s'éloigner du front, car chacun à ce moment-là se rendait compte que l'avenir de la Patrie entraînait en jeu.

Nous devons maintenant envisager la psychologie des blessés plus graves : ceux-ci allongés sur un brancard attendaient que le médecin vienne les secourir et calmer leurs souffrances. Dans certaines formations, l'ordre et le silence surtout régnaient sur ce spectacle tragique. Dans d'autres, au contraire, le chirurgien sortait bruyamment de la salle d'opération, criant : « un ventre », « un thorax », « un crâne », manière d'agir particulièrement navrante lorsqu'on songe que tous ces hommes étaient des héros.

Parmi ces blessés graves, certains avaient conservé leur connaissance, d'autres au contraire arrivaient dans le coma. Heureux les blessés du crâne qui, eux, mouraient sans se rendre compte de leur triste état. Quelle terrible mort, au contraire, que celle d'un blessé du ventre dont l'agonie était toute de lucidité. Un cas particulièrement navrant était aussi celui des blessés de la moelle qui ne s'illusionnaient pas sur l'avenir : la mort était plus lente encore, plus distillée, mais combien plus pénible !

La mentalité des amputés était frappante : lorsque en temps de paix en présence d'un sarcome, d'une tumeur blanche, d'un broiement étendu des membres, l'amputa-

tion est envisagée, le patient consulté oppose toujours une certaine résistance et ne se résout au sacrifice que devant l'affirmation bien nette d'une nécessité inévitable. Rien de tout cela dans les formations de l'avant. Une fracture de cuisse avec attrition musculaire considérable et section vasculo-nerveuse arrivait au poste chirurgical avancé ; il n'y avait aucune hésitation et le chirurgien avec prudence faisait prévoir la détermination nécessaire : le blessé ne protestait jamais. Il se résignait à son triste sort en songeant aux copains que le même obus avait fauchés et qui étaient restés entre les lignes : lui, au moins, malgré sa blessure continuerait à vivre, il savait que la partie était jouée et qu'au prix d'une invalidité il ne retournerait plus dans la zone de combat.

Que dirons-nous des aveugles ? Nous en avons vu fort peu, car cette catégorie de blessés était heureusement rare et les deux que nous avons pu soigner venaient d'être frappés par l'éclatement d'une grenade incendiaire. Ces deux malheureux étaient atteints de lésions cérébrales telles que toutes leurs facultés intellectuelles étaient abolies. Ce genre de blessure nous a toujours semblé, avec la section médullaire, être le plus pénible dans l'horrible gamme des mutilations que nous avons eu la tristesse d'observer.

Avant de terminer ce chapitre, nous voulons dire quelques mots des gazés ; mais nous négligerons ceux du début pour ne parler que de ceux de la fin de la guerre.

Tandis qu'en 1915 les premiers gazés atteints par exemple par le lacrymogène ne présentaient aucun symptôme grave, le malheureux, au contraire, qui avait respiré du cyanogène ou de l'hypérite succombait presque toujours à la suite de son intoxication et sa mort était

atroce. Nous-même avons assisté à l'agonie d'un sergent qui au cours d'une attaque par cyanogène avait été surpris pendant son sommeil et s'était réveillé trop tard pour mettre son masque. Il mourut au poste de secours sur un brancard et nous fûmes fortement impressionné par son agonie atroce et douloureuse.

Lorsque, au cours d'une attaque ou bien en période calme un homme était intoxiqué par les gaz, il se rendait immédiatement au poste de secours. La face cyanosée, en proie à une dyspnée intense, le gazé avait toujours tendance à vouloir ôter son masque. Tantôt il proférait des injures contre l'ennemi barbare qui employait de tels procédés, tantôt il attribuait la cause de son intoxication à la mauvaise qualité ou au mauvais fonctionnement de son masque. Que de fois n'avons-nous pas entendu des gazés répéter cette phrase : « Sale masque, il ne vaut rien, c'est un masque boche. » L'intoxiqué, en effet, avait tendance à vouloir trouver une excuse à sa faute, car il faut reconnaître que presque toujours, lorsque un soldat était atteint par les gaz, c'était à cause de sa négligence. Vainement lui recommandait-on de ne jamais se séparer de son masque et de le mettre au premier bombardement : c'était peine perdue, car le soldat ne consentait à mettre son masque que lorsque le gaz se révélait par son odeur ; mais il était trop tard car l'intoxication avait déjà produit son effet.

LA PSYCHOLOGIE DU BLESSÉ SUIVANT LE MOMENT DE LA GUERRE

L'étude que nous venons de faire de la manière de réagir du blessé s'applique surtout à la longue période qui s'étend d'octobre 1914 à mars 1918. Si nous avons montré ce blessé, souvent découragé et abattu, c'est que le soldat souffrait de la vie de tranchée et de la monotonie de cette guerre dont il ne voyait pas l'issue. Il n'en fut pas toujours ainsi et, dans les premiers jours de 1914, il faut reconnaître que l'entrain des blessés était toujours admirable. Au cours de la marche en avant, le poste de secours n'existait pas, car il y avait très peu de blessés : les quelques rares qui pouvaient se trouver se réunissaient le plus souvent dans un fossé, dans un ravin, et là, attendaient le secours. Dans ces « nids de blessés », le moral était excellent : les soldats enthousiastes causaient de la victoire, beaucoup regrettaient d'abandonner le régiment, et il nous souvient d'un blessé grave qui se désolait « de ne pouvoir entrer à Berlin » avec les camarades.

Ce fut à partir de Dieuze que le découragement commença. A la faveur de la désorganisation du service de

santé, des blessés à peine égratignés purent être évacués vers l'intérieur. A l'emballement irraisonné des premiers moments de la guerre fit suite une période de découragement. Interrogeait-on un blessé, « tout son régiment était prisonnier, blessé ou tué, lui seul avait pu échapper, les boches arrivaient en masse, et ils massacraient tout ce qu'ils trouvaient sur leur passage ». L'âme humaine est ainsi faite, qu'elle passe avec la plus grande facilité de l'enthousiasme irréfléchi au découragement le plus profond.

D'octobre 1914 à septembre 1915, la guerre de tranchée s'installe, troublée seulement par l'admirable résistance des soldats alliés sur l'Yser. Lors de l'offensive de septembre 1915, le même phénomène d'août 1914 se produisit : le premier jour de l'attaque ce fut de l'emballement, mais les journées qui suivirent furent navrantes et les blessés étaient terriblement découragés.

Avec 1916, ce fut Verdun : pendant des mois et des mois, malgré les assauts les plus formidables, le moral des blessés ne faiblit pas. Indépendamment de la notion très nette qu'avait chaque soldat de l'importance de la lutte engagée, il y avait chez lui une sorte d'entêtement furieux à ne pas laisser passer l'ennemi et il était facile de comprendre que jamais le mur vivant qui protégeait la France ne serait mis à bas.

Il faut avoir vu ces malheureux blessés qui affluaient jour et nuit au poste de secours pour comprendre combien la résistance devant Verdun fut héroïque et sublime. Soumis aux bombardements sans interruption, ne pouvant s'abriter le plus souvent que dans un trou d'obus, passant les nuits en alerte, restant plusieurs jours sans être ravitaillés, supportant le froid, la neige, la pluie, le soldat endurait toutes ces souffrances avec

un courage et une énergie admirables. Blessé, il lui fallait attendre souvent jusqu'à la nuit pour que les brancardiers puissent le relever et il souffrait doublement, car à sa douleur venait s'ajouter l'angoisse, l'appréhension d'une autre blessure qui aurait pu être mortelle. Conduit au poste de secours, ce héros, qui le plus souvent n'était qu'une masse de boue, malgré les heures horribles qu'il venait de vivre, n'était pas abattu, pas découragé, et nous avons entendu souvent des blessés nous dire : « Ils ne passeront pas. » Nous avons l'impression que nous soignons non pas des hommes, mais des êtres surhumains.

Nous nous souvenons qu'au moment de Verdun, tandis que nous donnions nos soins à des blessés, nous reçûmes la visite d'un capitaine d'artillerie qui venait reconnaître le secteur. Apercevant un caporal mitrailleur qui avait été blessé au petit poste avancé et qui présentait une plaie pénétrante du thorax, ce capitaine s'approcha de lui et lui demanda : « Comment ça va, mon vieux ? » Le blessé lui répondit simplement : « Ça va très bien, mon capitaine, puisque j'ai arrêté le boche qui voulait passer. » Un quart d'heure après le caporal était mort. Un tel exemple suffit à montrer quelle était la psychologie du blessé de guerre au moment de Verdun.

Aux affaires de la Somme, à l'assaut du Chemin-des-Dames en 1917, le blessé était découragé car il ne croyait plus qu'on percerait le front : l'offensive de Champagne en septembre 1915 l'avait trop instruit.

Arrive 1918 avec la formidable ruée allemande. Les racontars les plus fantaisistes circulent à nouveau : les régiments entiers anéantis, des mitrailleuses d'un nouveau genre, rien ne manque dans les récits du blessé qui est découragé et très déprimé.

Voici enfin l'offensive victorieuse de juillet : on avance mais cependant la progression est lente, et pourtant quel enthousiasme chez les blessés ! Dans leur joie ils exagèrent nos progrès, ils arrivent au poste de secours, nous racontent « que la guerre est finie, qu'il n'y a plus de boches devant eux et que l'ennemi s'enfuit en déroute ». Un de nos confrères aide-major dans un bataillon de chasseurs à pied nous a raconté que deux hommes de son régiment ayant été blessés au cours de la reprise de Vouziers étaient arrivés au poste de secours chantant la Marseillaise.

Et ce fut cet enthousiasme extraordinaire qui malgré les privations, les marches, les nuits sans sommeil, nous mena dans trois mois des portes de Paris à notre ancienne frontière.

PSYCHOLOGIE DU BLESSÉ SUIVANT LA RÉGION D'ORIGINE

Nous abordons ici un sujet délicat, mais ayant l'honneur de soutenir notre thèse dans la vieille Faculté qui depuis des siècles a forgé les générations médicales de notre beau Midi, nous sommes heureux de pouvoir affirmer et de prouver que le moral du blessé méridional fut toujours aussi élevé que celui du soldat des autres régions. Personnellement, ayant appartenu au cours de cette guerre à plusieurs unités, nous avons pu étudier, apprécier la psychologie des différents blessés.

Le soldat des pays envahis, frappé au cours d'un combat, réagissait différemment suivant que l'attaque avait réussi ou échoué. Etions-nous vainqueurs, le malheureux, surmontant sa souffrance, espérait peut-être que ce succès était le prélude de la délivrance, de la victoire finale. Songeant qu'il allait retrouver sa famille, son pays, il oubliait sa blessure et dédaignait sa douleur.

Au contraire, au moment des jours sombres, des jours d'insuccès, ce même homme se montrait très découragé, très abattu. A la douleur de sa blessure

s'ajoutaient des peines morales, celle de savoir son pays dévasté, sa maison en ruines, sa famille avec l'ennemi, et cette douleur se traduisait souvent par des pleurs.

Au moment des Eparges, quatre blessés attendaient leur évacuation sur l'ambulance. Ils causaient entre eux de la perspective heureuse de passer une convalescence dans leur village où ils retrouveraient leur foyer, leur famille. L'un d'eux se plaisait à parler surtout de ses enfants et du bonheur qu'il éprouvait à la pensée qu'il pourrait bientôt les retrouver. Nous remarquâmes alors que, de ce groupe, un des blessés se détachait et allait s'asseoir à l'écart dans l'abri. Le caporal brancardier s'étant approché s'aperçut qu'il pleurait et lui demanda quel était le motif de son chagrin. Il apprit que ce malheureux était de Somme-Py, qu'il avait laissé sa jeune femme et son enfant avec l'ennemi.

Nous comprîmes alors pourquoi ces larmes; pourquoi cette douleur chez ce grand diable qui avait été pourtant si courageux pendant que l'infirmier lui pansait sa plaie.

Le Méridional, au contraire, conservait toujours sa bonne humeur, sa gaieté, supportant avec patience sa douleur. Il racontait avec de nombreux détails au major qui le pansait dans quelle circonstance il avait reçu sa blessure et souvent il trouvait le mot pour faire rire ses camarades d'infortune.

Un de nos excellents camarades, qui vécut pendant la guerre au contact des blessés, nous racontait l'anecdote suivante : Dans un poste de secours établi dans une cave, des brancardiers viennent de conduire un blessé assez grave, appartenant à un régiment du Midi. Pendant que le docteur le soigne, survient le médecin-chef qui trouve l'abri insuffisamment protégé et donne des ordres au caporal infirmier pour faire renforcer cet

abri. Au même instant un obus tombe sur la maison qui dégringole complètement, et le blessé de dire : « Monsieur le major, voilà les boches qui commencent le renforcement de votre poste de secours. »

Cette gaieté du blessé méridional, cette insouciance n'excluait pas le courage devant la souffrance et devant la douleur. Un de nos maîtres les plus appréciés opérait un jour dans une ambulance un jeune soldat du Midi. La nature de la blessure et sa situation n'avaient pas permis d'endormir le patient qui dut supporter l'intervention sans anesthésie. Lorsque l'opération fut terminée, le professeur demanda au blessé « s'il n'avait pas trop souffert ». Le soldat, pour toute réponse, s'écria : « Vive la France ! »

Est-il de plus belle page d'héroïsme que nous puissions écrire à la gloire immortelle de nos vaillants soldats méridionaux.

LA PSYCHOLOGIE DES SIMULATEURS

Les ictères picriques, les angines, les conjonctivites, les entérites provoquées ne rentrent pas dans le cadre que nous nous sommes tracé.

Mais, à côté de ces affections médicales, certains soldats n'hésitaient pas à trouver dans une blessure le moyen si longtemps cherché pour s'éloigner de la ligne de feu. Phlegmons provoqués, qui n'étaient pas à proprement parler des blessures, ulcérations à l'huile de croton ou avec d'autres liquides caustiques, entorses, écrasements, tout s'observait. Les mutilations du pied et de la main surtout étaient les plus fréquentes.

On observait les mutilations en plus grand nombre chez les troupes noires, et ces soldats préféraient les mutilations des mains aux autres. D'ailleurs, nous avons remarqué que les traumatismes classiques étaient choisis par les hommes peu intelligents. Certainement, le nombre des simulateurs fut assez grand, mais la simulation intelligente est pour ainsi dire impossible à dépister. Entre le soldat maladroit qui, par un coup de fusil à bout portant, crée au niveau de sa main droite des lésions irréparables, saupoudrées de grains noirâtres qui font

faire le diagnostic à distance, et celui qui par l'entrepôt d'un corps étranger, jouant le rôle d'écran, évite la pigmentation et l'atrocité de la mutilation, il y a un abîme. Le premier sabote la besogne, le second la distille en raffiné. Il sait qu'on ne pourra pas poser de diagnostic certain : sa main n'est que partiellement détruite, il sera versé dans l'auxiliaire et pourra obtenir une décoration et avoir même une pension.

Un degré de plus : sachant que toute blessure de la main est suspecte, le simulateur intelligent choisit d'autres régions. Ici encore deux catégories : l'un se fait un simple séton des parties molles de la cuisse, il rejoindra rapidement son régiment ; l'autre déterminera une lésion osseuse afin d'être sûr de ne plus revenir sur le front.

Avec les grenades, on observa encore une nouvelle variété de blessures simulées : les mutilations étaient très graves et exposaient le sujet à la mort. On pouvait dire que le blessé qui n'avait pas hésité à se faire sauter la main d'une manière aussi dangereuse voulait à tout prix en finir avec la vie des tranchées. Personnellement, nous croyons que cette catégorie de mutilés avait longuement réfléchi et que la mutilation était chez eux un acte préparé de longue date. Ce n'est qu'en pensant à la chose depuis des semaines et des mois, qu'un soldat pouvait arriver, obsédé par la préoccupation de quitter le front, à une mutilation aussi dangereuse.

Beaucoup de simulateurs ont échappé au diagnostic de simulation, car, lorsque un blessé arrivait dans un poste de secours ou dans une ambulance, le médecin le soignait sans se préoccuper de quelle façon il avait reçu sa blessure.

Au contraire, au cas de simulation avérée, il avait le devoir de signaler le blessé à ses chefs.

Nous avons quelquefois interrogé des blessés de la main chez lesquels se rencontrait une plaie entourée de la zone grisâtre classique sur la face palmaire, et une énorme perte de substance au niveau de la face dorsale. Ils répondaient régulièrement, aux questions qu'on leur posait, qu'ils avaient été blessés par un Allemand à bout portant. Ainsi donc, les caractères du traumatisme n'étaient point dissimulés : le soldat se rendait compte que la chose était évidente, mais il se disait que personne ne pourrait aller au delà. Le poussait-on davantage ? Lui demandait-on dans quelle position il pouvait bien se trouver pour avoir été pareillement atteint ? Alors, comme si ces simples questions eussent pu paraître pour lui un soupçon, il élevait la voix avec indignation et cette manière d'agir était un aveu.

Ces protestations véhémentes, dès que le médecin paraissait soupçonner l'origine de la blessure, étaient très difficiles à vaincre et jamais nous n'avons pu arriver, par la promesse du secret, à faire avouer par un blessé sa mutilation.

En 1917, sévit une véritable épidémie de phlegmons provoqués par liquides caustiques ou septiques. La ponction ou l'incision évacuant le liquide originel ne laissait aucun doute sur la nature de la collection supprimée. Ici encore, nous n'avons jamais obtenu d'aveu.

A la catégorie des simulateurs dont nous venons de tracer un rapide tableau, on peut rattacher celle des anciens blessés cherchant à tirer bénéfice de leur blessure. Déjà dans les formations de l'arrière, au dépôt, au centre d'instruction divisionnaire, tout blessé cherchait à éviter son retour au front, en prétextant des douleurs tenaces, des gênes fonctionnelles, des projectiles inopérables. Il n'arrivait donc au front que des soldats triés, pour ainsi

dire, et chez lesquels des examens sérieux avaient été faits. Malgré cela, lorsqu'ils se retrouvaient dans les tranchées, ces anciens blessés, ces simulateurs cherchaient à attirer l'attention du médecin. Au début, tous les cas étant bénins, le médecin résistait. Mais peu à peu, devant l'insistance grandissante dont faisait preuve le simulateur de ce genre, le médecin était souvent obligé de céder. C'était le cas notamment des porteurs de projectiles non extraits.

A l'arrière, le major du dépôt avait fait valoir au blessé l'innocuité d'une balle profondément située et mis en parallèle avec cette innocuité les aléas d'une intervention dans une région dangereuse. Les arguments des médecins avaient momentanément prévalu; mais, une fois en face de l'ennemi, ce blessé se disait que mieux valait risquer une intervention que de rester dans la zone de feu.

C'est ainsi que des projectiles du médiastin, que d'autres inclus dans les corps vertébraux ou dans l'abdomen devenaient pour leur porteur un continuel motif de réclamer une intervention. Pouvait-on raisonnablement objecter à ces soldats que leurs plaintes et leurs réclamations étaient injustes? Une pareille affirmation eût été pour le moins téméraire.

Malgré cela, beaucoup de blessés sont revenus pour la troisième et la quatrième fois sur le front. Nous avons vu un officier qui en était à sa onzième blessure : que dire devant un pareil héroïsme!

CONCLUSIONS

Nous avons exposé dans notre thèse quelques idées personnelles nées de quatre ans et demi d'observations ; hélas ! ils ne furent que trop nombreux, les héros obscurs qui nous ont servi de sujet d'étude.

Peut-être le lecteur aura-t-il été surpris à certains passages, mais nous n'avons eu pour but que la recherche de la vérité : on ne saura jamais ce qu'une guerre représente de souffrances physiques et morales.

Envisageant d'abord les blessés pris dans leur ensemble, nous avons étudié trois grandes variétés : les excités, les déprimés, les indifférents. Nous avons cherché à établir la genèse de chacun de ces états, des facteurs complexes intervenant dans leur production.

Les professions sociales, le genre d'éducation et d'existence du blessé en temps de paix, avaient forcément une répercussion sur la manière dont chacun d'eux réagissait : nous avons étudié de quelle manière cette influence se manifestait.

La nature de la blessure avait forcément un rôle considérable dans la manière dont se comportait tout blessé. Des égratignés aux paraplégiques, nous avons rapidement esquissé le tableau d'un poste de secours, d'une

salle de triage et montré l'adaptation des amputés à leur nouvel état. Nous avons insisté sur ce fait qui nous a frappé, ainsi que nos confrères, à savoir qu'un soldat héroïque, courageux à l'extrême tant qu'il était valide, réclamait la sécurité absolue comme un droit, du moment où il était blessé.

Un chapitre spécial a été consacré à l'étude des différentes manières d'être et de penser du blessé suivant sa région d'origine. Contrairement à ce qui a été trop souvent dit et écrit, il nous a semblé que le Méridional, aussi courageux que les autres Français devant le danger, l'était autant devant la souffrance.

Les différentes périodes de la guerre n'ayant pas été sans influencer nos soldats, nous avons montré avec quelle facilité ils étaient passé tour à tour d'un enthousiasme indescriptible au découragement le plus sombre, mais restant toujours et quand même des héros.

Pour terminer et pour que notre étude soit complète, nous avons consacré quelques réflexions aux simulateurs. Se recrutant surtout parmi les troupes noires, ces derniers, fort peu nombreux d'ailleurs, ne sauraient ternir en quoi que ce soit la gloire immortelle que se sont acquises nos admirables Armées.

Puisse de cette courte étude se dégager la notion que si nous devons nous incliner bien bas devant ceux des nôtres qu'une balle ou un obus a brutalement terrassés dans le feu de l'action, notre respect et notre admiration doivent aller également à ceux qui, moins gravement atteints, ont su souffrir.... et mourir comme leurs frères, mais plus cruellement encore !

BIBLIOGRAPHIE

BARBUSSE. — Le feu.

DUHAMEL. — Vie des martyrs.

— Le combat.

— La possession du monde.

— Civilisation.

ROLAND DORGELES. — Les croix de bois.

BERTIN et NERNIER. — Les premières heures du blessé.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Montpellier, le 20 mars 1920.

Le Recteur,

Jules COULET.

VU ET APPROUVÉ :

Montpellier, le 19 mars 1920.

Le Doyen,

MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

SIÈGE



Montpellier. — *L'Abeille*, Imprimerie Coopérative ouvrière
14, avenue de Toulouse. — Téléph. 8-78.

